

ใบเบิกกรณีต้องการวัคซีนเพิ่มระหว่างรอบ
 โครงการวัคซีน EPI Routine สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	รหัส	รายการ	จำนวน (dose)	จำนวน (ขวด)
1	121611890001	HEPATITIS B VACCINE 2 doses/vial (EPI)		
2	121616450001	BCG VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
3	121611880001	ORAL POLIOMYELITIS VACCINE 20 doses/vial (EPI)		
4	121618561001	DTP-HB VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
5	121611981001	MMR Single dose หรือรหัส 121611981101 (EPI)		
6	121603920001	DTP VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
7	121611550001	J.E.VACCINE (BEIJING / INACTIVATED) 2 pediatric doses/vial (EPI)		
8	121611551201	J.E.VACCINE (LIVE - ATTENUATED) 1 dose/vial (EPI)		
9	121603660001	dT VACCINE 10 doses/vial (EPI)		
10	121611881102	INACTIVATED POLIOMYELITIS VACCINE (IPV) 10 doses/vial (EPI)		

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

กำหนดส่งของ.....แผนกที่รับยา.....

หมายเหตุ.....

กรุณา Fax กลับที่องค์การเภสัชกรรม เบอร์โทรสาร 02-2038909, 02-3548854, 02-3548861

หรือ E-MAIL: vmi@gpo.or.th